

# UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN PABLO

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y  
HUMANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



## “Terapias de Tercera Generación y Mindfulness”

Trabajo de Investigación presentada por  
la egresada:

**ROMY DURAND BRICEÑO**

para obtener el grado de **BACHILLER  
EN PSICOLOGÍA**

Asesor: Lic. Aldo David Gamero Carpio

**AREQUIPA – PERÚ, 2018**

*A mi madre, quién siempre estuvo apoyándome incondicionalmente.*

*Al doctor Aldo, quién me enseñó la belleza de esta carrera.*

*A mis amigos, por siempre darme ánimos.*

## **Agradecimientos**

*Antes que nada, agradezco a Dios por haberme permitido estudiar una hermosa carrera que me permite ayudar a los que más lo necesitan, teniendo en cuenta la vocación de servicio. Gracias Virgen de Guadalupe, por siempre protegerme y bendecirme; como tan sólo tú lo sabes hacer.*

*También agradezco a mi madre quién incondicionalmente estuvo apoyándome en cada paso que doy en mi vida profesional y personal; por alentarme y darme ánimos cuando sentía desfallecer, por estar conmigo en las buenas y en las malas; también por ser mi madre.*

*No puedo olvidarme de agradecer al doctor Aldo Gamero, quién me enseñó la belleza de esta carrera, siendo para mi un mentor y guía durante mis primeros pasos en la psicología clínica y el proceso de elaboración de este trabajo.*

*Gracias también a todos mis amigos que estuvieron conmigo en las buenas y malas, que estuvieron dándome ánimos y que siempre me acompañan.*

## **Tabla de Contenido**

<b>Resumen.....</b>	<b>5</b>
<b>Lista de abreviaturas.....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo I.....</b>	<b>7</b>
Delimitación y Planteamiento del Problema de Investigación.....	7
Justificación.....	8
Pregunta de Investigación.....	8
Objetivos.....	8
Metodología de Investigación.....	8

<b>Capítulo II.....</b>	<b>10</b>
Antecedentes.....	10
Terapias de Tercera Generación ¿Qué son? ¿De dónde vienen?....	11
Aportes de la Terapia de Tercera Generación.....	17
Habilidades y Competencias Clínicas en la Terapia de Tercera Generación.....	19
Tipos de Terapia de Tercera Generación.....	21
Mindfulness en Psicoterapia.....	36
Características de Mindfulness.....	37
Componentes de la atención plena en relación a otras técnicas....	37
Intervención Clínica.....	38
Casuística del Mindfulness.....	39
<b>Capítulo III.....</b>	<b>41</b>
Conclusiones y Discusión.....	41
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>44</b>

## ***Resumen***

---

Esta investigación tiene como objetivo principal dar a conocer las Terapias de Tercera Generación, que vienen a innovar en el abordaje terapéutico del paciente cubriendo los vacíos que dejaron las dos primeras ‘olas’ terapéuticas; exponiendo nuevos tipos de terapia para el tratamiento de los diversos trastornos que afecta a la salud mental.

Este es un campo relativamente nuevo, por ende incita a la investigación en los diferentes tipos de tratamiento. Actualmente existe más información de ACT, FAP y DTB que han demostrado ser altamente eficaces.

## *Abstract*

---

The main objective of this research is to raise awareness of Third 'Wave' of Therapies, which innovate in the therapeutic approach of the patient, covering the gaps left by the first two therapeutic 'waves'; exposing new types of therapy for the treatment of the disorders that affect mental health.

This is a relatively new field, therefore it encourages research into different types of treatment. Currently there is more information on ACT, FAP and DTB that have proven to be highly effective.

## *Lista de Abreviaturas*

---

**ACT** Terapia de Aceptación y Compromiso.

**BA** Terapia de Activación Conductual.

**CCR** Conducta Clínicamente Relevante.

**DTB** Terapia Conductual Dialéctica.

**FAP** Psicoterapia Analítico Funcional.

**IBCT** Terapia Integral del Pareja.

**MBCT** Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.

**MBSR** Mindfulness Based Stress Reduction.

**RC** Replanteamiento Contextual.

**TC** Terapia Conductual.

**TCC** Terapia Cognitiva Conductual.

**TCT** Terapia de Conducta Tradicional.

**TEE** Trastorno de Evitación Experiencial.

**TTG** Terapias de Tercera Generación.

## *Capítulo I*

---

### **Delimitación y Planteamiento del Problema de Investigación**

Durante la década de 1990, surge las llamadas “*Terapias de Tercera Generación o Tercera Ola*” (TTG). Ventura, en el 2015, menciona que “esta emergencia se da gracias al énfasis del desarrollo de la conducta y del conductismo radical, que intenta superar la vocación nomotética y protocolizada de las terapias de segunda generación (...) este tipo de terapias se centran en la búsqueda de repertorios conductuales mas amplios, flexibles y efectivos”

En el 2004, Hayes (citado por Mañas, 2007) resalta “la necesidad de reagrupar o reorganizar el gran número de terapias emergentes así como la dificultad de incluirlas en las clasificaciones existentes.” (párr.2).

Mañas, en el 2007, comenta que “las denominadas terapias de conductas se han caracterizado por ser directas, objetivas y racionales en cuanto al estudio del comportamiento humano; además por el hecho de estar intrínsecamente comprometida en cuanto al rigor científico y con el desarrollo de la tecnología basada en los principios o leyes de aprendizaje validados de forma empírica”. (párr.1). Mañas, también explica que “las terapia de conducta se enmarca dentro de lo que se conoce como Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento, siendo el resultado del conjunto de estudios obtenidos de manera empírica a través de investigaciones a nivel básico (análisis experimental) como aplicado (análisis aplicado) bajo la filosofía del Conductismo Radical Skinneriano.” (Mañas, 2007, párr. 1).

“En este tipo de ‘Terapias de Tercera Generación’ están caracterizadas por tener una base en la meditación o en las diferentes técnicas de mindfulness, manteniendo un cierto tipo de atención especial en las situaciones que se experimenta en el momento, es decir en el aquí y el ahora; siendo un estado de aceptación radical de la experiencia tal cual es.” (Ventura, 2015, párr.1).

### **Justificación**

Se quiere dar a conocer las nuevas generación de terapias y el impacto que va a desarrollar en el tratamiento del paciente, intentando resolver los conflictos que de las “Terapias de Segunda Generación” (TSG) limitan al tratamiento del paciente.

Uno de los mayores retos que tiene la persona, es aprender y aprehender a ver y a verse a sí mismo sin juzgar, ya que inconscientemente realizamos algún tipo de juicio con valor moral; lo

cual conlleva a que podamos generar sentimientos negativos contra los demás y probablemente con uno mismo. Uno de ellos, la baja autoestima, que es causante de varios trastornos y acciones que sino son detectados a tiempo, pueden llegar a ser lamentables.

Lo que busca este tipo de terapias, es que la persona acepte la situación que está atravesando, sin generar ningún juicio de valor y que medite en lo que ocurrió para llegar a la situación en la que está. Por su lado, el terapeuta basándose en diferentes técnicas, ayuda al paciente a ver que sus emociones, pensamientos, creencias no tienen entidad en sí.

### **Pregunta de Investigación**

¿En qué medida los principios terapéuticos del mindfulness influyen en las terapias de tercera generación?

### **Formulación de Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Indagar la influencia del mindfulness en la Terapia de Tercera Generación.

#### **Objetivos Específicos**

- Diferenciar la Tercera Generación de psicoterapia de las dos primeras generaciones terapéuticas.



- Estudiar la influencia del mindfulness en la psicoterapia en psicología clínica.

### **Metodología**

El presente trabajo es un trabajo de investigación, tipo retrospectivo, de metodología teórica específicamente de análisis y síntesis e histórico - lógico.

## ***Capítulo II***

---

### **Antecedentes**

A lo largo de la historia de la psicología ha existido distintas maneras de conocer al ser humano; desde la antigua Grecia con Tales de Mileto, Aristóteles que empiezan a especular acerca del ser humano y de las patologías que este puede tener. Recordando a Wundt, en 1879 estableciendo el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig y a Galton que en 1882 establece el primer laboratorio antropométrico. Pasando por la influencia del psicoanálisis de Freud por los años 1900 y el desarrollo de la Psicología Individual de Adler en 1912, que se opone a la teoría freudiana. También la psicología ha estado presente en los grandes acontecimientos de la historia como lo fue la Primera Guerra Mundial; en 1917 el comité Yerkes desarrolla la prueba *alpha army* que pretende medir la inteligencia de los reclutas de las tropas de Estados Unidos.

Se debe mencionar las diferentes corrientes psicológicas que han aparecido, como la Psicología de la Gestalt que se desarrolló principalmente en Alemania a inicios del siglo XX, planteado con el

axioma “*El todo es mayor a la suma de sus partes*”. En la primera mitad del siglo XX, se desarrolla el Conductismo con sus máximos exponentes Watson y Skinner. En 1951, Rogers dando un nuevo giro con la Terapia Centrada en el Cliente, hasta llegar a una de las corrientes psicoterapéuticas más reconocida que es la del Modelo Cognitivo Conductual, desarrollada por Beck y Ellis.

Con el pasar de los años, estas terapias han sido conocidas como “*Terapias de primera y segunda generación*” que tienen una base conductista, hasta que en la década de 1990 surge la aparición de una nueva generación psicoterapéutica.

### **Terapias de Tercera Generación: ¿Qué son? ¿De dónde vienen?**

Hayes (citado por Mañas, 2007) comenta que las ‘Terapias de Tercera Generación’ están:

“Fundamentadas en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto. Además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados” (párr.1).

Hayes, en el 2004, considera los componentes principales de tipo de terapia los siguientes puntos:

“(i) *está basado en un enfoque empírico enfocado en principios*: la literatura muestra que las terapias de la nueva ola han mantenido un compromiso con las raíces empíricas de la TC, esto no es solo a nivel de resultados, sino también de procesos y principios. El compromiso con el desarrollo teórico es notable en la mayoría de los nuevos tratamientos. (ii) *contextual y experiencial*: además de las estrategias de cambio directo, la característica más singular de las intervenciones de la TTG es el grado de énfasis en las estrategias de cambio contextual y experiencial, que incluye aceptación, destrucción cognitiva, mindfulness, etc. El propósito de estrategias experienciales y contextuales de este tipo de terapias es alterar rápidamente la función de eventos psicológicos problemáticos, incluso si su forma o frecuencia no cambia o cambia lentamente. (iii) *construcción de repertorios flexibles y efectivos sobre la eliminación de problemas estrechamente definidos*: uno de los enfoques tanto de la primera y segunda generación fue el enfoque en la eliminación de comportamientos, problemáticos específicos, pensamientos o emociones como objetivo principal de la terapia. El enfoque de este tipo de terapia (...) se remonta a los primeros días del pensamiento conductual en el que la construcción de repertorios amplios y flexibles y una apelación a los principios que subyacen al funcionamiento normal fueron fundamentales en la comprensión del comportamiento anormal. Incluso con los problemas más graves, las nuevas terapias conductuales tienden a centrarse más en el empoderamiento y la mejora del repertorio que en ‘patologizar’ comportamientos problemáticos estrechamente definidos. (iv) *enfatisa la relevancia de los temas que examinan tanto para los terapeutas como para los pacientes*: el resurgimiento de la relevancia de los procesos normales también se pueden encontrar en la relevancia de estos métodos para

los terapeutas mismos. Los defensores de la MBCT sugieren que la práctica de mindfulness debe ser perseguida por los terapeutas; DTB señala la importancia de un equipo de consulta entre pares para ‘tratar al terapeuta’; los defensores de FAP han argumentado que ‘no puedes enseñar lo que no sabes hacer’; ACT argumenta que la aceptación y la destrucción cognitiva son igualmente relevantes para los terapeutas mismos y necesarios para el trabajo efectivo. En parte como resultado, el tratamiento a menudo es radicalmente no jerárquico, se cree que el terapeuta y el cliente está nadando en la misma corriente.

(v) *sintetiza generaciones anteriores*: al parecer lo que está sucediendo es que la base supuesta de las dos primeras olas de terapia, se está debilitando; para ser reemplazada un conjunto alterado de suposiciones de ambas, cuando esto ocurre la corriente principal en sí misma cambia. Es una especie de síntesis dialéctica de una tesis y antítesis previas, las TTG parecen estar curando viejas heridas y divisiones entre las perspectivas conductuales y cognitivas. (...) la intervención de la tercera ola no son un rechazo de la primera y segunda generación, sino una transformación de estas fases anteriores a una nueva forma, mas amplias y mas interconectadas; por lo tanto, si bien las implicaciones puede ser revolucionarias; los procesos que dan lugar a estos desarrollos son evolutivos, como cabría esperar en una tradición explícitamente empírica.

(vi) *lidiando con las preguntas, problemas y dominios abordados por otras tradiciones*: estos nuevos tratamientos están rompiendo alguna de las distinciones previamente importantes entre la terapia conductual y las tradiciones más antiguas que son menos científicas. En el periodo actual, los temas y métodos de tradiciones menos empíricas están sobre la mesa, pero ahora desde un punto de vista científico, con un interés en la teoría coherente, procesos de cambio cuidadosamente evaluados y con resultados empíricos sólidos.

(vii) *mejora la comprensión y los resultados*: aún no está claro cual de las tres olas terapéuticas logre mejores resultados. La literatura de la ACT es

demasiado reciente como para proporcionar una buena guía, pero hay ejemplos que brindan la esperanza de que estos cambios harán una diferencia en la efectividad de la terapia conductual.” (pp. 659-661).

Para Kahl, Winter y Schweiger (2012) comentan “que este tipo de terapias conductuales han demostrado ser efectivos, en particular en pacientes que anteriormente se consideraba difíciles de tratar; se caracterizan por temas nuevos para las psicoterapias conductuales, como lo son la meta cognición, fusión cognitiva, emociones, aceptación, mindfulness, dialéctica, espiritualidad y relación terapéutica. Los métodos usados por esta nueva generación, son diversos.” (p. 523).

“Las llamadas *“Terapias de Tercera Generación”* están basadas en las técnicas del mindfulness que estas, a su vez, están basadas en antiguas técnicas meditativas orientales desde hace milenios. La meditación en la conciencia plena, es originariamente una técnica que viene siendo practicada hace más de 2500 años, en el contexto budista.” (Pérez, 2006, p.163). Además Pérez, en el año 2002, comenta que “los investigadores y los clínicos han empezado a tomar más interés en el ámbito de la conciencia plena y la influencia de esta en la psicoterapia, con un incremento sostenido en las investigaciones realizadas acerca del tema.” (p.163)

En el 2004, Hayes (citado por Mañas, 2007), señala que en estas “nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de eventos privados [en especial la cognición y pensamiento] con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona; en lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos”. (párr. 3).

Hayes, en el 2004, (Citado por Luciano y Valdivia, 2006) comenta que el surgimiento de estas terapias se debe a los siguientes factores: "(i) el desconocimiento de cómo funciona o por qué fracasa la "Terapia Cognitiva Conductual" (TCC). (ii) la existencia de concepciones radicalmente funcionales acerca del comportamiento humano. (iii) la curva acelerada de investigación basada en la cognición y el lenguaje desde una perspectiva funcional" (p. 80).

Siendo así, Pérez, en el 2006, llega a la conclusión que la TTG, "viene a ser el desarrollo del análisis funcional, el cual estaba en los comienzos de la terapia de conducta subdesarrollada en lo que concierne en la conducta más frecuente y la relevante situación clínica". (p. 164).

En el 2006, Vallejo, manifiesta que las llamadas TTG "no supone un cambio radical y revolucionario sobre la terapia, sino una 'llamada de atención' a los aspectos que ya existen que son poco o nada valorados.(...) que el comportamiento tiene una función que el individuo busca, es tan antiguo en la terapia de conducta, como lo son la importancia de los aspectos cognitivos, verbales y emocionales" (párr. 5).

Los autores antes mencionados señalan que lo más importante en la TTG, es centrarse en el aquí y en el ahora, teniendo en cuenta el tipo de experiencia por la cual puedes estar atravesando, centrándose más en el valor de la adaptación del sujeto que en un determinado comportamiento.

Para, Pérez, en el 2006, el surgimiento de "esta nueva generación terapéutica se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como las limitaciones de la TCC a pesar de sus reconocidas aportaciones". Pérez también señala "que en cuanto

al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, es importante señalar que no solo menguaron como pudieran pensar quienes no ven más allá de sus propios escaparates, sino que avanzaron en su camino afianzando pasos y ampliando horizontes” (p. 163).

Así mismo, Mañas (2007) , señala que “puede resultar contraintuitivo o contra-cultural el trabajar con este tipo de terapias, donde se hace ver a la persona a través [metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, entre otras técnicas] que los intentos de control que mantiene sobre sus experiencias personales, lo que cree que debe hacer (...) no son parte de la solución del problema; sino, que paradójicamente, forma parte intrínseca del problema en sí mismo”.  
(párr. 3).

Las TTG han despertado un gran interés pero también críticas. Corrigan, en el 2001, (Citado por Ost, 2008) cuestiona “si los defensores de esta nueva ola estaban comprometidos con los principios de validación empírica establecidos por los terapeutas conductuales de la primera ola.” (p.297)

Hayes, en el 2004, (Citado por Mañas, 2007) menciona una “clara diferencia entre las TTG y las dos ‘olas’ anteriores. Siendo estas: (i) abandono del compromiso de usar exclusivamente cambios de primer-orden. (ii) adopta asunciones de corte más contextualita. (iii) utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio en primer-orden o directas. (iv) amplían y modifican de manera considerable el objetivo a tratar o cambiar” (párr.2).

Ventura, en el 2015, comenta que las modalidades de trabajo de las TTG, poseen los siguientes puntos: (i) un planteamiento contextual. (ii) otorgan un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta. (iii) toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas. (iv) “desmedicalizan” o “despsiquiatrican” las categorías diagnósticas principales. (v) se utiliza la relación terapéutica como herramienta principal de cambio. (párr.1)

Barraca (2009) manifiesta que “dentro del grupo de terapias, hay unas que son consideradas nucleares o funcionales, como es el caso de ACT, otras que han sido desarrolladas a partir de otras tradiciones psicológicas como es el mindfulness, hay otras que son concebidas como perfeccionamiento de una terapia interior, como en el caso de “Terapia Integral de Pareja” (IBCT), o incluso las terapias que son eficaces en cuanto a un trastorno específico, como lo es “Terapia Conductual Dialéctica” (DTB) para el Trastorno Límite de Personalidad o la “Terapia de Activación Conductual” (BA) para depresión. Por otro lado, están las terapias de amplio espectro como es el caso de ACT o Psicoterapia analítico Funcional (FAP)”. (p.112).

En cuanto a las limitaciones de la TCC, Pérez (2006) comenta que se debe a “la desvirtuación del sentido contextual e idiográfico original de la terapia de conducta, y por otro lado, a ciertos problemas relacionados con la eficacia (...) tiene que ver con la estandarización de los tratamientos en perjuicio a aplicaciones más flexibles ajustadas al caso, no al protocolo ni al cuadro con cierto empacho cognitivo en detrimento de lo que en realidad resulta

‘digerible’ que no sería sino, la conducta propiamente dicha” (p. 164).

### **Aportes de la Terapia de Tercera Generación**



Pérez (2006) señala “que las aportaciones que más se destacan, se podrían situar en el marco general de un ‘Replanteamiento Contextual’ (RC) de la psicología clínica. (Psicopatologías, evaluación y tratamiento).” Pérez, también comenta sobre la importancia este replanteamiento contextual por el “dominio como lo está por el ‘modelo médico’ adoptando quizá en muchos casos de una forma inadvertida y un tanto ingenua (...) se podría identificar como ‘modelo del déficit’, ya que supone un déficit o disfunción psicológica en la base de los trastornos mentales, de manera que estos requerirían de una técnica específica que repara tal condición; siendo así, el psicólogo clínico viene a ser una especie de ‘psiquiatra’.” (p. 165).

Pérez, también menciona que “este replanteamiento contextual tiene una tarea de primer orden, siendo esta, la desmedicalización de los problemas psicológicos, esto se funda en la naturaleza de los trastornos mentales, que son reales a la manera médico-psiquiátrica por conveniencias, sobre todo, para la industria farmacéutica.” (Pérez, 2006, p. 165).

En el 2000, Jacobson y Gortner (Citados por Pérez, 2006) señalan que “la desmedicalización de la depresión, como lo es en la “Terapia de Activación Conductual” (ACT). (...) no es utópico, por cuanto que existe, sino más bien ‘ucrónico’ en la medida en que va en contra de los tiempos que corren. [caracterizados por la medicalización y psicopatologización]” (Pérez, 2006, p. 166).

En el 2004, Hayes (Citado por Barraca, 2008) comenta que “este tipo de terapias otorgan un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta, toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas y despsiquiatrizan o desmedicalizan las categorías diagnósticas tradicionales.” (p.111).

Pérez (2006) señala que las aportaciones que tiene TTG, vienen en cuanto al tratamiento, esto podría resumir todo un cambio de lógica en la psicología clínica; esto lo resume de la siguiente manera: “*Se trata del abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida*”. Pérez comenta “que es un proceso bastante fácil de enunciar pero difícil de llevar a cabo, es ahí donde radica la dificultad de las terapias, las cuales requiere tener ideas claras en varios sentidos [filosófico, conceptual y práctico]”. (p.166).

Y esto no es posible sin la intervención en el campo clínico real, pensando al igual que Rodríguez (2012) menciona que “no cree que sea posible una elaboración teórica en el campo de la psicoterapia separada de la clínica y de la actitud investigadora. Evolucionar genuinamente en psicoterapia supone, desde nuestro punto de vista, avanzar en esas tres direcciones: las de las nuevas ideas, la puesta en práctica de éstas y el cuestionamiento de las mismas, de modo simultáneo e interdependiente.” (p.23). En ese sentido las terapias de tercera generación son fruto de la convergencia de estas tres direcciones.

### **Habilidades y Competencias Clínicas en la Terapia de Tercera Generación**

Barraca, en el 2009, comenta que en “cuanto a la ‘Terapia Conductual’, (TC) el modelo conductual no se ha adentrado al tema de las habilidades y competencias del terapeuta.” (p.110) En cuanto a estas habilidades; Barraca hace una clasificación de estas, “que acoge destrezas básicas referidas a la relación terapéutica, habilidades de escucha, habilidades de acción verbal, habilidades del conocimiento sobre el modelo específico desde que se trabaja,

competencias sobre técnicas concretas y otras habilidades a clasificar.” (p.111).

Pérez Álvarez, en el 2006, (Citado por Barraca, 2008) menciona que “todas las habilidades terapéuticas tienen evidentes puntos en común, pero que a la hora de ponerlas en práctica es donde saltan las diferencias entre ellas, entre las que resaltan la modalidad de intervención y dinámica de intervención; además las habilidades que debe poseer el terapeuta son específicas dependiendo del tipo de terapia que este maneje al momento de la praxis profesional”. (p.111).

Barraca, en el 2009, “hace un análisis únicamente de **ACT, FAP y DTB**. Las cuales poseen un mayor conocimiento, expansión y desarrollo.” (p.113).

En este análisis, Barraca habla de las habilidades particulares que debe tener un terapeuta para la práctica de un determinado tipo de terapia. Para la ACT, Barraca, en el 2009, menciona que este tipo de terapia “impone un manejo muy particular del lenguaje verbal” (p.113). Siendo estas habilidades: (i) capacidad para ofrecer explicaciones. (ii) capacidad para recordar metáforas, crearlas y hablar con lenguaje metafórico. (iii) soltura en los ejercicios experienciales. (iv) capacidad para usar el lenguaje de forma alternativa para desliteralizarlo. [Ej. Leche/Leche/Leche, uno puede ser un pensamiento, el otro comparación o un sentimiento]. (v) manejo de otras técnicas como: role-playing, exposiciones, etc.” (p.112).

Barraca (2009) explica que en la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP); “el terapeuta debe reforzar la conducta en vez de castigarla” (p.113) además que para la praxis de FAP son necesarias las siguientes capacidades: “(i) capacidad para ofrecer explicaciones. [Ej.

Los pensamientos no siempre proceden y explican conductas.] (ii) capacidad para diferenciar varias funciones de respuestas. (iii) saber asignar, explicar y gestionar registros como técnica de tratamiento y no de evaluación. (iv) manejo de otras técnicas. (v) destreza en las “Cinco Reglas Terapéuticas” siendo estas: (a) atender a las Conductas Clínicamente Relevantes. (CCR) (b) evocar las manifestaciones del problema de consulta. (c) reforzar las manifestaciones de mejoría en consulta. (d) observar los efectos reforzantes de la conducta del terapeuta sobre las CCR del paciente y (e) ofrecer interpretaciones funcionales sobre las variables de la conducta.” (p.113).

Para la DTB, Barraca, en el 2009, menciona que es “importante que el terapeuta maneje técnicas de mindfulness, meditación y habilidades verbales” (p.113). Además, Barraca tiene en cuenta que las habilidades que debe tener el terapeuta deben ser las siguientes: “(i) capacidad de ofrecer explicaciones. [Características del TLP]. (ii) conocimiento y soltura con técnicas de meditación, atención plena, etc. (iii) manejo de habilidades “dialécticas” [superación de problemas de polaridad y cambio continuo] (iv) saber trabajar en grupo con otros terapeutas. (v) manejo de otras técnicas: exposición, control de contingencias, TC, entrenamientos en habilidades de comunicación.” (p.113).

Evidentemente, existen coincidencias entre las habilidades que debe poseer un terapeuta entrenado en TTG y uno entrenado en TC. Barraca menciona que “no se produce la misma coincidencias con otros procedimientos vinculados a tradiciones terapéuticas.” (Barraca, 2009, p.114).

### **Tipos de Terapia de Tercera Generación**

Existen diferentes tipos de terapia en esta nueva ola, estas son caracterizadas por ser específicas en cuanto al trastorno que se quiere tratar. Actualmente, existe más conocimiento, desarrollo y expansión de: ACT, FAP y DTB. A continuación, se explicará cada una de estas terapias.

### **1. Terapia de Aceptación y Compromiso/ *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)***

Hofmann, Sawyer y Fang, en el 2010, que este tipo de terapia “deriva su base teórica de la Teoría de Marco Relacional [Conocida por sus siglas en inglés RFT] qué es un marco para comprender la relación entre cognición y lenguaje (...) entonces viene a ser una reformulación del conductismo radical skinneriano, ya que rechaza el modelo tripartito y su premisa básica de la interacción casual entre las cogniciones, los comportamientos y las emociones.” (p. 705).

Ventura, en el 2015, comenta que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) “surge desde el conductismo radical del siglo pasado; apareciendo como una alternativa psicoterapéutica al trabajo con pacientes ambulatorios con problemas de índole emocional y donde el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente donde viven.” (párr. 1)

“Aunque la ACT y TCC difieren principalmente en términos de sus fundamentos teóricos, comparten muchas similitudes con respecto a la técnica [como la aceptación, difusión cognitiva, valores, acción comprometida, etc.] tiene como objetivo la evitación experiencial, que es la renuncia a experimentar emociones negativas, sensaciones físicas y pensamientos.” (Hofmann et al., 2010, p.705).

Así mismo, los autores también comentan que “estas técnicas funcionan aumentando la flexibilidad psicológica de uno, lo que se

refiere a la capacidad de adoptar una conciencia del momento presente al tiempo que se adapta esta conciencia a la luz del cumplimiento de las metas valoradas.” (Hofmann et al., 2010, p.705).

Kahl et al, en el 2012, comentan que la “ACT es un método de terapia conductual que se basa en contextualismo funcional y la teoría de marco relacional. Postula que los siguientes procesos psicopatológicos como ejes de los trastornos mentales: (i) fusión cognitiva. (ii) evitación experiencial. (iii) apego de un yo verbalmente conceptualizado y un pasado verbalmente conceptualizado. (iv) falta de valores o confusión de metas y valores. (v) ausencia de comportamiento comprometido que se mueve en elección de los valores elegidos.” (p.523).

Hofmann et al., en el 2010, mencionan que “un aspecto importante del enfoque de la ACT es la noción de aceptación. Al alentar a los pacientes a abrazar pensamientos y sentimientos negativos; como la ansiedad, el dolor, la ansiedad, la culpa; en lugar de cambiarlos y eliminarlos, los pacientes comienzan a aprender que la aceptación puede ser una alternativa importante a la evitación experiencial.” (p. 705). Los autores también mencionan que “para ganar aceptación, los individuos se vuelven hábiles para practicar la difusión cognitiva que es una estrategia que se utiliza para evitar la evitación experiencial al ceder el control de uno sobre los propios sentimientos y pensamientos. La difusión cognitiva también permite a los pacientes desarrollar una perspectiva más consciente y sin prejuicios de ellos mismos, así como de su entorno.” (Hofmann et al., 2010, p.705).

Hayes, en el 2004, comenta que la “ACT supone un cambio dramático y poderoso (...) Lo que el paciente está sintiendo, pensando, recordando o experimentando no se supone que sea el

problema central, aunque las personas inicialmente se enfocarán en el contenido difícil como el núcleo de sus problemas. Por ejemplo, ‘ansiedad’ no supone un ‘trastorno de ansiedad’ ‘humor’ no supone un ‘trastorno del estado del ánimo’ y así sucesivamente.” (p. 651).

### 1.1 Técnicas de ACT

Hayes, en el 2004, menciona las siguientes técnicas para este tipo de terapias, siendo estas: “ (i) *confrontando el sistema*: aquí se busca identificar las estrategias que el paciente ha empleado hasta el momento para ‘resolver el problema’ y ver si estos métodos funcionan; ante esto el terapeuta debe preguntar si considero la posibilidad de que tal vez el problema no sea la técnica, sino el propósito. En esencia, la ACT comienza desafiando el conjunto lingüístico que define los problemas y sus posibles soluciones, porque ese conjunto se ve a sí mismo como un problema. (ii) *el control es el problema*: en el mundo del sentido común, las estrategias de control se enseñan repetidamente y en la mayoría de los dominios funcionan bastante bien; en el mundo de los eventos privados, podría funcionar de manera diferente debido a la naturaleza de los marco relacionales. Por ejemplo, deliberadamente no pensar en algo normalmente falla porque la regla [no pienses en ‘x’] contiene el elemento evitado. Entonces, ACT pone una idea muy simple: el control consciente, deliberado y resuelto simplemente puede funcionar muy bien con respecto a las experiencias privadas a las que el cliente se ha dirigido. (iii) *destrucción cognitiva y mindfulness*: es difícil de encontrar una alternativa al control consciente hasta que se atravesase el lenguaje, porque este en sí proporciona un control consciente como método de resolución de problemas (...) desde una

perspectiva de la teoría de marco funcional, las funciones literales del lenguaje y la cognición no son automáticas o mecánicas; son contextuales. Esto se debe a que las relaciones de estímulo derivadas y la transformación de las funciones de estímulo hacen que los pensamientos funcionen a menudo como si fueran lo que dicen que son.

Por ejemplo, el pensamiento 'soy malo' puede parecer que la persona está tratando de ser malo; la solución para la TCC ha sido desafiar, probar o analizar el contexto de estos pensamientos, en cambio ACT altera su contexto. Los ejercicios de mindfulness son otro medio para lograr la destrucción cognitiva y poder aumentar la flexibilidad conductual, enseñando al paciente a considerar los pensamientos como eventos en el mundo, no el mundo estructurado por los pensamientos. (iv) *un sentido de sí mismo trascendente*: los pensamientos y sentimientos difíciles crean una ilusión de que son peligrosos (...) se intenta promover el contacto experiencial a través del ejercicio del observador. (v) *aceptación y buena voluntad*: la aceptación no es meramente tolerancia, es la tolerancia activa sin prejuicios de la experiencia del aquí y ahora. La aceptación no es posible sin la destrucción de los pensamientos, el lenguaje literal es referencial; esto significa experimentar activamente los eventos tal como son y no como dicen ser, esto significa sentir los sentimientos, pensar pensamientos, etc. La aceptación implica inherente 'exposición' y por lo tanto la ACT se conecta con todas las terapias de exposición con un no propósito de regulador emocional. (...) conduce a un tipo diferente de exposición: experimentar activa y plenamente el presente, momento a momento. (vi) *valores*: el énfasis en los valores distingue la ACT de muchos tratamientos, la aceptación y la destrucción



se unen en todo sentido posible (...) los valores son cualidades de acción que pueden instanciar en el comportamiento pero no se pueden poseer como un objeto. El terapeuta le pide al paciente que haga una lista de valores en los diferentes ámbitos de su vida como la familiar, amical, sentimental, etc. Para utilizar varios ejercicios evocadores que desarrollan con más claridad sobre los valores fundamentales. (vii) *compromiso*: ACT busca construir patrones cada vez más grandes de respuestas flexibles y efectivas eliminando los efectos retrógrados de fusión cognitiva y evitación experiencial promoviendo patrones deliberados de acción que concuerden con los valores elegidos, esto implica aprender una estrategia generalizada de avanzar hacia los fines valorados, disolver las barreras psicológicas mediante la destrucción y la aceptación y disolver las barreras situacionales a través de la acción directa.” (pp.653-657).

## **1.2 Comparación con la TCC**

Hofmann et al, en el 2010, mencionan que “ambos tipos de terapias se superponen en gran medida en técnicas y estrategias compartidas, particularmente con respecto al uso de intervenciones conductuales, por ejemplo el uso de ejercicios de exposición, habilidades para resolver problemas, juegos de roles, etc. Además ambas terapias fomentan una mayor conciencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones sin tratar de controlarlos o mantenerlos; finalmente, ambos enfoques toman como punto de partida las preocupaciones y temores específicos, así

como mejoras más amplias en la calidad de vida.” (p.706). Sin embargo, los autores mencionan las

“diferencias teóricas entre ACT y TCC con respecto al papel de las cogniciones, específicamente, ACT considera las cogniciones como una forma de comportamiento, que ‘es un término para todas las formas de actividad psicológica’ por lo que esta terapia busca identificar y alterar la función de la cognición, en lugar del contenido y la función como lo haría la TCC. (Hofmann et al, 2010, p.706).

## **2. Psicoterapia Analítica Funcional/ *Funtional and Analytic Psychotherapy (FAP)***

Kohlenberg y Tsai, en 1991, (Citados por Ferro, Valero & López, en el 2009) señalan que esta “esta terapia surgió a finales del siglo XX como una alternativa a la terapia e conducta clásica y a la TCC. Comparte con otras terapias de esta generación los avances en el estudio de la conducta: las relaciones de equivalencias entre los estímulos, la conducta gobernada por reglas, el análisis funcional del lenguaje y su repercusión para la comprensión de la conducta cognitiva y las conductas emocionales (...) La FAP va dirigida a los clientes que no han mejorado con las terapias de conducta más tradicionales, que tienen dificultades para establecer relaciones íntimas, y/o padecen ese tipo de problemas interpersonales difusos y generalizados tipificados en el Eje II del DSM-III-R y DSM-IV.” (p.255).

Kohlenberg y Tsai, en 1995, (Citados por Ferro et al., 2009) comentan que “filosóficamente la FAP está basada en los principios del conductismo radical y en el contextualismo, pone énfasis en las contingencias que ocurren en la sesión terapéutica, en el propio contexto terapéutico, en la equivalencia funcional entre ambos ambientes, en el reforzamiento natural y moldeamiento.” (p.255).

Ferro, en el 2006, (Citados por Ferro et al., 2009) menciona que “no se trata de una colección de técnicas sino más bien, de un marco conceptual para integrar guiar la actividad del terapeuta y crear unas relaciones terapéuticas intensas y curativas; utilizando la propia relación terapéutica como una forma de promover el cambio en el paciente, centrándose en el aquí y en el ahora, lo que ocurre dentro de la sesión clínica tanto los problemas como las mejorías del paciente adaptándose a cada paciente en cuestión.” (p.255).

Kohlenberg y Tsai, en 1991, (Citados por Ferro et al., 2009) mencionan que este tipo de terapias “han delimitado dos elementos básicos, por un lado las contingencias presentes durante la interacción terapeuta-paciente, especialmente las interacciones verbales y la naturalidad de estas contingencias. Y por otro, el contexto donde se dan estas relaciones, analizando la equivalencia funcional entre el ambiente clínico y la situación diaria del cliente” (p.256). Además, los autores mencionan que “no es solo una psicoterapia por sí misma sino que puede ser combinada con cualquier terapia produciendo unos resultados sinérgicos. La FAP puede mejorar cualquier intervención clínica sin necesidad de cambiar la forma de esa terapia, la integración con otras terapias está dando buenos resultados” (Ferro et al., 2009, p.256).

En el 2015, Ventura manifiesta que: “esta terapia se basa en el análisis funcional de las conductas de los pacientes en sesión. Las contingencias de reforzamiento que ocurren dentro de la sesión (...) esta terapia se fundamenta en el análisis y moldeamiento del comportamiento verbal del paciente durante las sesiones; la relación terapéutica se debe considerar como un modelo de relación interpersonal generalizar a la vida diaria del cliente (...) ofrece un análisis conductual de la relación terapeuta-paciente y de la

importancia en el proceso clínico, así como un marco teórico para el análisis de los efectos sinérgicos derivados de su combinación con terapias cognitivas- conductuales tradicionales; se habla de tres características en esta terapia: la relación terapéutica, conductas clínicamente relevantes y las reglas terapéuticas.” (párr. 2-3).

## **2.1 Proceso Terapéutico**

Kohlenberg y Tsai, en 1991, (Citados por Ferro et al., 2009) mencionan que “el proceso terapéutico se basa fundamentalmente, en lo que el paciente hace y dice en la propia sesión clínica. La conducta del paciente son cualquier cosa que la persona hace: hablar, pensar, sentir, ver, oír, recordar, etc.” (p. 256). Los autores comentan “que estas conductas han sido denominadas como Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) que han sido definidas tres tipos: (i) *Tipo 1*: que son los problemas del paciente que ocurren dentro de la sesión, y que la terapia tiene que tratar de disminuir, están bajo control de estímulos aversivos y suelen tener funciones de escape y de evitación. (ii) *Tipo 2*: que son las conductas que se consideran mejorías del paciente que ocurren durante la sesión. (iii) *Tipo 3*: son las interpretaciones del paciente de su propia conducta y lo que cree que causa, es decir, las observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes.” (p.256).

También se tiene en cuenta el papel del terapeuta dentro de esta terapia. Kohlenberg, en el 2005 (Citado por Ferro et al., 2009) proponen cinco reglas terapéuticas, siendo estas: “(i) desarrollo el repertorio de observación de las posibles CCR durante la sesión terapéutica. (ii) construcción de un

ambiente terapéutico que evoque las CCR tanto tipo 1, para reducirlas como las CCR tipo 2, para incrementarlas. (iii) organizar el reforzamiento positivo de las mejoras del paciente. (iv) propone desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación a las CCR del cliente. (v) generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas.” (p.256).

Ferro et al., en el 2009, comentan que “en el proceso terapéutico hay unas variables que se relacionan entre sí y que lo definen e interactúan de forma continua durante las sesiones. La historia relevante juega un papel clave en la génesis y mantenimiento de los problemas de las personas (...) El objetivo principal del proceso terapéutico no es otro que la transferencia de efectos entre los ambientes clínicos y diarios del paciente. Se trata de establecer una equivalencia funcional entre los problemas de la vida diaria y de los problemas del paciente dentro de la sesión [CCR tipo 1], de tal forma que observando y evocando estas conductas [Reglas 1 y 2] se realiza esta transferencia. Y al contrario, las mejorías del paciente dentro de la sesión clínica [CCR tipo 2] transferidas a la vida diaria, a través del reforzamiento natural y ver sus efecto en interacciones futuras [Reglas 3 y 4]. También resultan relevantes las interpretaciones y explicaciones que tiene los clientes de lo que les ocurre [CCR tipo 3], que pueden ser correctas o problemáticas [CCR 1 y 2]. Estas interpretaciones suelen estar influidas por los conceptos cognitivos o ideas acerca de lo que les pasa a las personas, e incluso, sobre qué creen que es salud o bienestar psicológico. En la mayoría de los casos es necesario que el terapeuta genere en el cliente un repertorio de descripción de

las relaciones funcionales entre las variables de control y las propias conductas, a través de modelos bien su moldeamiento directo. [Regla 5]” (p. 257).

Durand, en 1990; Whaler y Fox, 1981 (Citados por Ferro et al., 2009) comentan que “uno de los factores disposiciones menos tratados en los manuales de psicoterapia son los llamados ‘eventos situacionales’ que son condiciones complejas que ocurren de forma recurrente con las conductas que las influyen de manera indirecta y qué están basados en las interacciones organismos-ambientes pasadas.” (p.257).

### **3. Terapia Dialéctica-Conductual / *Dialectical Behavioral Therapy (DTB)***

Gómez (2009) comenta que “durante la década de los noventa Linehan desarrolló la DTB para facilitar el tratamiento de pacientes suicidas y fronterizos, es decir, pacientes difíciles de manejar (...) DTB es un tratamiento multimodal que incluye un acercamiento dialéctico-cognoscitivo-conductual. Su dialéctica fundamental es el reconocimiento y la aceptación de polos opuestos para poder manejar cambios de conductas disfuncionales.” (p.63). El autor también comenta que “el problema centrar es la incapacidad de poder regular afectos e impulsos autodestructivos” (Gómez, 2009, p.63).

Ventura (2015) menciona que “la intervención constituye un programa de tratamiento que se enmarca en la TCC (...) El objetivo de esta terapia apunta a que el paciente aprenda a regular la emocionalidad extrema, reduciéndose conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo aprendiendo a confiar y validar sus

propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.” (párr.1).

Gómez, en el 2009, comenta que “los esfuerzos terapéuticos para conseguir cambios en determinada conducta, deben equilibrarse con los esfuerzos para validarlos y aceptarlos. Los pacientes fronterizos son muy vulnerables al ‘estrés’ por eso no aceptan a los demás como lo que son. Para poder hacerlo deben desarrollar habilidades de activa concentración y paciencia para poder aceptar y aprender a manejar cambios radicales.” (p.64).

“La meta más importante en DTB es ayudar al paciente a encontrar una mejor adaptación a su medio ambiente, incluyendo el medio ambiente familiar, educacional, laboral, comunitario, religioso espiritual. Las metas pueden ser diferentes pero la tarea es la misma; aprender a controlar las conductas negativas e impulsos autodestructivos. Por esta razón el tratamiento debe organizarse en cuatro etapas (...) siendo estas: (i) el aprendizaje de nuevas técnicas que ayuden al paciente a tolerar la ansiedad y el sufrimiento sin recurrir a conductas destructivas (ii) el aprendizaje y práctica de técnicas que cambien respuestas emocionales exageradas que llevan a situaciones de emergencia y de peligro. Es importante acompañar al paciente a experimentar sentimientos y emociones negativas sin necesidad de recurrir a reacciones extremadamente peligrosas. (iii) reconstrucción de una vida ordinaria pero funcional que ayude al paciente a resolver problemas que se presentan a menudo. En este estadio los pacientes aprenden a resolver problemas a nivel de las relaciones interpersonales individuales, estudiantiles, laborales, comunitarias y sociales. (iv) repetir y enseñar al paciente que siempre existirá incompletud en vez de perfección total.” (Gómez, 2009, p.65).

El autor también comenta que “existen tres modalidades de tratamiento: terapia individual, terapia grupal y terapia telefónica. En la terapia de grupo los pacientes aprenden a concentrarse mentalmente en el presente, para poder regular mejor su afectividad en un contexto interpersonal, sin recurrir a situaciones extremas como el suicidio o impulsos alientes. Los pacientes por ejemplo, aprenden que es mejor llamar al terapeuta antes de auto mutilarse o intentar suicidio.” (Gómez, 2009, p.65).

Gómez, en el 2009, comenta que hay “tres características fundamentales que siempre hay que tener en cuenta: (i) *terapia cognoscitiva conductual*: aquí se tiene en cuenta que el ‘insight’ no es suficiente, el aprendizaje de nuevas conductas necesita de principios educativos y de aprendizaje más amplios (...) la terapia cognoscitiva utiliza una variedad de técnicas para ayudar a cambiar comportamientos disfuncionales. El cambio de conducta es importante, los pacientes deben llevar un récord de conductas que necesitan cambio; este récord debe ser compartido con el terapeuta para revisarlo periódicamente. (ii) *aceptación o validación*: primero se valida la experiencia personal subjetiva del paciente, este se muestra más receptivo y más dispuesto a aceptar los cambios que se le recomiendan. (...) Existen diferentes niveles de validación, el más básico es de permanecer alerta a las manifestaciones del paciente frente a las circunstancias, aquí es vital el respeto y la apertura. Otros niveles de validación incluyen la ayuda del terapeuta para que el paciente recobre la confianza perdida, entendiendo que su conducta tiene sentido en el contexto de su historia y la situación en la que se encuentra; esto ayuda a recobrar la autoestima. (iii) *Dialéctica*: incluye varias suposiciones acerca de lo que realidad es; quiere decir que hay que tener en cuenta que existen diferentes puntos de vista, paradojas y dicotomías, existen y tienen que resolverse continuamente y de forma holística.” (pp.66-68).



Linehan, en el 2017, comenta que existen habilidades en esta terapia que son divididas en cuatro grupos. (i) mindfulness. (ii) tolerancia a la angustia. (iii) efectividad interpersonal. (iv) regulación emocional. (párr. 3)

Para la autora, la DTB es la primera terapia en poner el mindfulness dentro de la psicoterapia, no se trata solo de meditación debido a que los pacientes no se concentran fácilmente en su respiración durante la meditación; entonces lo que se hace es transformar la práctica de mindfulness en un lenguaje conductual. Siendo así, lo que se le enseña al paciente son las habilidades de la atención plena como punto de partida de su terapia. Se habla de 3 habilidades en específico: (i) observar: tan sólo es la habilidad de prestar atención en lo que se tiene en frente, es decir, lo que se tiene en mente, en el cuerpo y en lo que sucede alrededor. (ii) describir: en este punto se describe lo que se observó, simplemente las ideas básicas. (iii) participar: es la habilidad de sentir lo que pasa y de dejar ir, esto se hace a través de tres puntos clave: (a) no juzgar la situación por la cual se está atravesando en ese momentos sea esta buena o mala ya que es lo único que existe (b) prestar atención a lo que sucede en este momento. (c) efectividad haciendo que funcione y renunciando a estar bien todo momento.

#### **4. Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*/ *Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT)***

Este modelo de terapia, nace del modelo cognitivo de Beck. Sin embargo, se ha enfrentado con una serie de problemas internos derivados principalmente de su aislamiento de la ciencia cognitiva básica, así como de su naturaleza lineal. (Kaviani, Javaheri & Hatami,

2011). También comentan que la representación cognitiva en el modelo clínicamente impulsado probablemente se explicará bien por el concepto de nivel proposicional, en el los significados específicos detrás de los constructos (palabras) explicarían la producción de las emociones.

Ante esto, Teasdale y Barnard (Citados por Kavani et al, 2011) proponen un modelo no lineal basado en la psicología cognitiva experimental y la ciencia cognitiva; reconoce dos tipos de significado cualitativamente diferentes, un nivel específico y un nivel más genérico. Estos dos tipos de significados se procesan y se representa en dos niveles cognitivos diferentes llamados niveles proposicional e implicacional, respectivamente. Se explica también que sólo los significados procesados a nivel implicacional son los que pueden provocar emociones, a diferencia de los significados específicos del nivel inferior, el genérico, que tan sólo pueden ser comunicados a través del constructo de un solo lenguaje. Ante esto, el modelo cognitivo temprano reconoce solo un nivel de significado y, por consiguiente, tiene dificultades con la distinción cualitativa entre la creencia 'intelectual' (relacionada con el nivel proposicional) y la creencia 'emocional' (Relacionada con el nivel implicacional) o mejor dicho, cognición 'fría' y 'caliente' respectivamente.

Teasdale (1997) considera trabajar en creencias 'emocionales' y facilitar la cognición 'caliente' como funcionalmente crucial para el procesamiento emocional y la resolución de problemas en terapia.

Vallejo, en el 2008, comenta que “esta técnica está basada en *‘Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Program’* dicho programa está orientado al tratamiento del estrés en general en el ámbito de la medicina conductual, se trata más de un programa educativo que de intervención clínica. Los procedimientos prácticos

de experiencia, son diversos, en los que incluyen el *body scan*, ejercicios de concentración-meditación; que consiste en ofrecer sensaciones concretas para que la persona se centre en ellas de forma abierta.” (p.233) Además, Vallejo menciona que “el ‘*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*’ (MBCT), es similar al MBSR; pero en este caso la orientación cognitiva del programa estriba en tratar los pensamientos, distorsiones cognitivas, etc, de diferente manera. Se crean condiciones en las que el paciente observa como los pensamientos y sensaciones son resultados de hechos concretos. Se trata, de aplicar el modelo ABC, haciendo que la persona vea que las situaciones (A) son las que producen los pensamientos (B) y emociones (C) y que éstos no tienen entidad en sí.” (p.234).

#### **5. Terapia Integral de Pareja / *Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)***

Ventura (2015) explica que “en este tipo de terapia da gran importancia a la historia personal de los miembros de la pareja; a pesar que los problemas ocurren en el presente, exhiben una topografía determinada. Son las experiencias de cada uno lo que determina sobre qué contenidos giran los conflictos y con que frecuencia ocurren.” (párr.1). Además Ventura, en el 2015, manifiesta que “esta terapia pone énfasis en: (i) volver al análisis funcional como formar de evaluar los problemas de pareja. (ii) se hace hincapié en el reforzamiento natural y se usan menos reglas. (iii) se da más importancia al contexto en que surgen los problemas.” (párr.1).

#### **6. Terapia de Activación Conductual / *Behavioral Action (BA)***

En el 2007, Pérez (Citado por Ventura, 2015) comenta “que este tipo de terapia está dirigida a personas con trastornos de depresión” y

además, Pérez Álvarez menciona que “es un procedimiento que enfatiza los intentos sistemáticos de incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales reforzantes y produzcan, a su vez, cambios en los pensamientos, en su humor y calidad de vida; se trata de ‘activar’ a la persona en media de sus posibilidades actuales y de acuerdo a sus intereses y valores.” (párr.1).

Ventura (2015) menciona que “la intervención constituye un programa de tratamiento que se enmarca en la TCC (...) El objetivo de esta terapia apunta a que el paciente aprenda a regular la emocionalidad extrema, reduciéndose conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo aprendiendo a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.” (párr.1).

### **Mindfulness en Psicoterapia**

El término “*Mindfulness*” es un vocablo anglosajón que significa “Atención Plena”. Para Brown y Ryan, en el 2003, (Citados por Moreno, 2012) el mindfulness implica “que la persona este concentrada en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la divague la mente sobre el futuro o pasado, sin sensación de apego o rechazo, provocando en éste, energía, claridad de mente y alegría.” (p. 4).

En el 2003, Kabat-Zinn (Citado por Moreno, 2012) comenta que “esta técnica desarrolla una nueva perspectiva sobre los pensamientos y los sentimientos, en la que se les reconoce como

‘eventos mentales’ y no como aspectos del ser o reflejos exactos de la realidad.” (p.4).

Según Miró, en el 2006, “la atención plena tiene que ver con la calidad de conciencia con la que se vive la vida, ya que se puede estar viviendo en ‘piloto automático’ o podemos vivir con atención plena. La diferencia está en la forma en que se está presente en la experiencia” (p. 32). Damasio, en 1999, (Citado por Miró, 2006) llama al *mindfulness* como “La sensación de ser en el conocer”. (p.32).

Para Bishop, en el 2002, (Citado por Moreno, 2012) manifiesta que “la práctica repetida de esta técnica permite a la persona desarrollar la habilidad, de que tranquilamente se pueda apartar de los pensamientos y sentimientos durante las situaciones de estrés en lugar de engancharse con preocupaciones y otros patrones negativos de pensamientos, de manera que pueden elevarse a un ciclo de estrés reactivo” (p. 4).

Según Miró, en el 2006, “este movimiento psicoterapéutico tiene dos figuras grandes de referencia. Kabat-Zinn que introdujo la atención plena al contexto hospitalario, para el tratamiento del dolor crónico así como otras condiciones psicosomáticas relacionadas con estrés. (...) Y Linehan, que por su parte uso este tratamiento para personas con TLP, enfatizando la relación dialéctica entre aceptación y cambio.” (p.51).

### **Características del Mindfulness**

Miró (2006) señala las siguientes características acerca del mindfulness: “(i) capacidad de la mente de observar sin juzgar, sin criticar y sin reaccionar a la experiencia tal y como es en el momento

presente. (ii) capacidad de decir la verdad. (iii) la atención plena carece de objetivos y de metas, ya que solo se trata de la relajación de la propia persona. (iv) la atención plena es conciencia de cambio, ya que se contempla el mundo que se despliega en nuestro interior como procesos que emergen, se despliegan y desaparecen. (v) es observación participante, porque a la vez que uno contempla las propias sensaciones, emociones o pensamientos, lo está sintiendo.” (pp.40-43).

### **Componentes de la Atención Plena en Relación a Otras Técnicas**

Vallejo, en el 2008, comenta que: “en este tipo de terapia se utilizan diversos elementos psicológicos conocidos, que configuran y son responsables de sus resultados terapéuticos, siendo estos: (i) *exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas*: se empeña a que el paciente, en un aprendizaje sobre el control de la atención, sin valoración ni intentar cambiarlo, en consecuencia se produce una exposición no reforzada a las emociones, pensamientos, sensaciones previamente evitados, siendo así, el *mindfulness* crea un contexto en el que se produce la extinción de respuestas inadecuadas y permite la adquisición de nuevas respuestas respecto a la experiencia. (ii) *regulación emocional*: intenta cambiar la tendencia de respuesta automática cuando el paciente observa, describe y participa en la experiencia emocional sin implicarse personalmente en ella. (iii) *reducir la creencia en reglas*: supone romper la predominancia de las conducta gobernada por reglas, teniendo el control mediante contingencias y en relación a los sucesos privados: pensamientos y emociones. (iv) *control de atención*: busca que la persona aprenda a centrarse en lo que acontece en el momento presente de un modo amplio. Esto llega a impedir rumiaciones de pensamiento.” (p.237).

## **Intervención Clínica del Mindfulness**

Vallejo (2008) menciona que “el mindfulness plantea un punto de vista complementario a los recursos clínicos convencionales; tanto la atención como la implicación activa en el momento presente son congruentes en el modo de hacer de la TCC”. (p 239). Vallejo planea “que puede producirse un cierto contrasentido es en el interés por aceptar las sensaciones y los elementos vividos frente a controlarlos, siendo la única manera de ‘controlar’ la situación a través de la aceptación de esta.” (p.239).

Las aplicaciones clínicas de esta técnica han estado íntimamente ligadas a su papel como procedimiento de control fisiológico-emocional. Siendo así, cabe considerar el papel de la meditación y relajación tuvieron sobre distintos trastornos psicofisiológicos. (Vallejo, 2008, p.238).

En el 2008, Lutz, Slagter, Dunne y Davidson (Citados por Moreno, 2012) comentan “que el objetivo central de la práctica de la atención plena consiste en desarrollar una conciencia reflexiva de los rasgos usualmente implícitos de la propia vida mental; esta capacidad de darse cuenta de tales rasgos permite estar mejor dispuestos a una transformación de hábitos cognitivos y conductuales, conduciendo hacia una conciencia más aguda pero menos reactiva emocionalmente” (p.9).

## **Casuística del Mindfulness**

Paul Grossman (2004) publica un meta análisis en el que los resultados demuestran la utilidad del procedimiento tanto en pacientes clínicos como en personas normales, también en personas con cáncer y trasplante de órganos.

Moreno, en el 2009, llega a la conclusión basando en los diferentes estudios realizados que “de igual manera se han registrado resultados exitosos en la aplicación de la atención plena en el tratamiento de diversos padecimientos físico crónicos como: fibromialgia, colitis, hipertensión arterial, incontinencia urinaria, trastornos del sueño, sobrepeso, obesidad, dolor general, síntomas de la menopausia, dolor de espalda, tabaquismo; e incluso en la atención de los efectos secundarios al tratamiento de VIH”. (p 9).

Kilpatrick, Suyenobu, Smith, Bueller, Goodman, Creswell, Tillisch, Mayer, & Naliboff (Citados por Moreno, 2009) mencionan que el mindfulness también ha sido empleado en el área de neurociencias, reportando que el entrenamiento en atención plena mejora la conectividad cerebral y provoca un incremento en la materia gris del cerebro involucradas con los procesos de aprendizaje, memoria y regulación de emociones. (p.9).

Creswell, Way, Eisenber y Lieberman (Citados por Moreno, 2009), comentan que una posible explicación neurológica sobre los efectos de la práctica de la atención plena señala que el ‘estar atento’ incrementa la regulación cortical pre frontal del afecto, mediante la modificación del etiquetado de los estímulos emocionalmente displacenteros. Dicha modificación disminuye el efecto displacentero y mejor la salud psicológica de los individuos que han desarrollado ‘estar atentos’. (p.9).



### **Conclusiones y Discusiones**

De cierto modo, las TTG, vienen a revolucionar las TC que se venían manejando con éxito en el tratamiento de distintos trastornos. La propuesta de este tipo de terapia viene basado en la influencia del *mindfulness*, que a su vez se apoya en técnicas de relajación y meditación vispassana, con una influencia budista de más de 2500 años.

Las TTG traen consigo diferentes tipos de terapia específico para los trastornos y/o problemas que lo hacen acudir a consulta. Aparentemente, la mayoría de estas son parecidas, pero es al momento de la aplicación donde saltan las diferencias que pueden tener. Las investigaciones realizadas confirman el éxito de estas en el tratamiento de los diferentes trastornos.

Siendo como punto de partida de la gran parte de las terapias de TTG el *mindfulness*, estas buscan que la persona contemple su situación sin emitir juicio alguno, enfocándose en la experiencia en sí misma, generando situaciones de calma en momentos catalogados como catastróficos. Además apunta a un cambio desde el interior de la persona teniendo en cuenta sus valores y su perspectiva de la vida, siendo el paciente quien toma la iniciativa para poder lograrlo, sin la necesidad de que una tercera persona le imponga reglas. Al igual que en las TC, no se elimina la historia personal del paciente, sino que se toma como punto de partida de la terapia.

Existe también una diferencia en el tipo de relación terapéutica que se lleva, debido a que en las dos primeras generaciones terapéuticas, lo primordial es la jerarquización entre terapeuta y

paciente; en cambio la TTG, la relación se vuelve más lineal; ya que esto se toma como punto de partida para el tratamiento y es modelo de las relaciones interpersonales. Al mismo tiempo, la psicoterapia se vuelve más flexible y es menos estructurada.

Esta 'nueva ola terapéutica' es relativamente nueva, ergo los estudios que existen incitan a investigar en los diferentes tipos de terapia y la eficacia de estas, tales como en el caso de la Terapia de Activación Conductual y Terapia Integral de Pareja. Sin embargo, los pocos estudios e información que existe me limitaron al momento de hacer la revisión del estado del arte.

Considero que uno de las diferencias entre la TPG y TSG versus a TGG vienen a ser la 'desmedicalización' y la 'despsiquiatrización' de los trastornos ya conocidos. Siendo así, el tratamiento de varios trastornos cambian, por ejemplo, una persona diagnosticada con TLP, qué lleva psicoterapia e ingiere ansiolíticos y antidepresivos como parte del tratamiento psicofarmacológico. Para de la TC, le enseñarían que sus creencias les lleva a cometer esas acciones, y con uso continuo de diferentes técnicas ayudan a la disminución de aparición de síntomas. En cambio, la TGG elimina por completo el uso de pastillas y con eso, la aparición de síntomas colaterales que estas conllevan; además de hacerle frente a los síntomas, poniendo énfasis en la aceptación de uno mismo y el compromiso basado en las habilidades de la persona para lograr con éxito la recuperación del paciente; evidentemente esto es guiado por el terapeuta debidamente entrenado en este tipo de terapias.

Valga la redundancia, que con la 'desmedicalización' y la 'despsiquiatrización' de los trastornos conocidos; considero que el uso de los manuales que actualmente se maneja en la praxis profesional,

CIE-10, DSM-IV, DSM V, pasaría a un segundo plano, ya que para la TTG, un 'trastorno' viene a ser abordado como un 'problema' y un síntoma como una 'manifestación de este problema'. Esto no significa que se eliminarían por completo, ya que es siguen siendo punto de partida para el certero diagnóstico del paciente y por ende su correcto abordaje; por el otro lado las TTG proponen un tipo de terapia específico para los trastornos ya conocidos, esto viene a ser la innovación que propone estas terapias que están basadas en las diferentes técnicas de mindfulness. Siendo esta técnica vispassana conocida por ayudar a liberar a la persona del principal síntoma de la mayoría de los trastornos que es la ansiedad, teniendo como consecuencia la baja de la industria farmacéutica que es la principal afectada.

Otra de las grandes diferencias que se puede notar entre estas terapias es que no se aplica a todo tipo de trastornos, en el caso de los trastornos psicóticos, ya que no existe ningún tipo de evidencia empírica que respalde que este tratamiento pueda funcionar con pacientes diagnosticados. La mayor parte de las investigaciones realizadas son en pacientes neuróticos.

### ***Referencias Bibliográficas***

---

Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*. Vol. 20 No. 2. Pp. 109-117. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n2/v20n2a01.pdf>

Borderline Notes (14 abril 2017). Marsha Linehan – Mindfulness:

The First Skills Module Taught in DTB. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=PCJ0R6vAUw>

Ferro, R. , Valero, L. , López M., (2009). La Conceptualización de Casos Clínicos desde La Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 30 No. 3. Pp. 255-264. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77811790009.pdf>

Gómez, E. (2009). Terapia Dialéctica Conductual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. Vol. 70. No. 1-4. Pp. 63-69. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372039390006.pdf>

Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and The Third Wave of Behavioral and Cognitives Therapies. *Behavior Therapy*. No. 35. Pp. 639-665. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800133>

Hofmann, S. , Sawyer, A. , Fang, A. (2010). The Empirical Status of the “New Wave” of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin*” Pp. 701-710. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898899/>

Kahl, K. , Winter, L. , Schweiger (2012) The Third Wave of Cognitive Behavioural Therapies: What is new and what is effective?. *Clinical Therapeutics*. Vol.5. No.6. Pp. 522-528. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22992547>

Kaviani, H. , Javaheri F. , Hatami, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBTC) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non-clinical Population.

*International Journal of Psychology and Psychological Therpay. Vol. 11. No. 2. Pp: 285-296. Recuperado de:*  
<http://www.ijpsy.com/volumen11/num2/298/mindfulness-basedcognitive-therapy-mbct-EN.pdf>

Luciano Soriano M. , Valdivia Salas M. (2006). La Terapia de Aceptación de Compromiso (ACT): Fundamentos, Características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo. Vol. 27. Pp- 79-91. Recuperado de:*  
<http://www.redalyc.org/html/778/77827203/>

Mañas I. , (2007). Nuevas Terapias Psicológicas: La Tercera Ola de Terapias de Conducta o Terapias de Tercera Generación. *La Gaceta de Psicología. No. 40. Pp 26-34. Recuperado de:*  
<http://www.psicologiamindfulness.es/assets/pdfs/39884-19.pdf>

Moreno, A. (2012) Terapias Cognitivo Conductuales de Tercera Generación: La Atención Plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología. Vol. 12 no. 1. Recuperado de:*  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43807093/66-256-1PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1507593507&Signature=wokJ7zVnMPBL%2BegNVrrJ5oixmNU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTERAPIAS\\_COGNITIVO-CONDUCTUALES\\_DE\\_TERCE.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43807093/66-256-1PB.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1507593507&Signature=wokJ7zVnMPBL%2BegNVrrJ5oixmNU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTERAPIAS_COGNITIVO-CONDUCTUALES_DE_TERCE.pdf)

Ost, L. (2008). Efficacy of the Third Wave of Behavioral Therapies: A Systematic review and meta-analysis. *Behaviour Reserch and Therapy. No. 46. Pp. 296-321. Recuperado de:*  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18258216>

Pérez Álvarez M. (2006). La Terapia de Conducta de Tercera

Generación. *EdyPshykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*. Vol. 5 No.2. Pp. 159-172. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2147830.pdf>

Pérez, M. , Botella, L. (2006). Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas. *Revista de Psicoterapia*. Vol. XVII. N. 66-67. Pp. 70-120. Recuperado de: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40868644/Revista\\_de\\_Mindfulness\\_y\\_Psicoterapia.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1507531665&Signature=izGqOKDfUjz6U0RcFy5Q%2BOlrRfA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevista\\_de\\_Mindfulness\\_y\\_Psicoterapia.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40868644/Revista_de_Mindfulness_y_Psicoterapia.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1507531665&Signature=izGqOKDfUjz6U0RcFy5Q%2BOlrRfA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevista_de_Mindfulness_y_Psicoterapia.pdf)

Rodríguez, B. , Fernández, A. (2012) Terapia Narrativa Basada en Atención Plena para la Depresión. España: Desclee de Brouwer. S.A.

Vallejo Pareja, M. (2006). Mindfulness y la Tercera Generación de Terapias Psicológicas. *Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*. Recuperado de: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1465](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1465)

Vallejo Pareja, M. (2008). Mindfulness o Atención Plena: de la Meditación y Relajación a la Terapia. *Técnicas de Modificación de Conducta*. Pp- 225-241. México: Ediciones Pirámide.

Ventura C. , (2015). Terapias de Tercera Generación: El Modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Psicología Bilbao*. Recuperado de: [https://www.psicoterapiabilbao.es/wpcontent/uploads/2015/12/Expoterapia\\_de\\_tercera\\_genracion\\_carlos\\_ventura.pdf](https://www.psicoterapiabilbao.es/wpcontent/uploads/2015/12/Expoterapia_de_tercera_genracion_carlos_ventura.pdf)

